

THESIS

MUNICH

1966

ZAHNÄRZTLICHE KONTROLLUNTERSUCHUNG VON PATIENTEN
MIT DER VERDACHTSDIAGNOSE HERDERKRANKUNG

Charlotte Aigner

LANE MEDICAL LIBRARY
STANFORD UNIVERSITY
300 PASTEUR DRIVE
PALO ALTO, CALIF.

Aus der konservierenden Abteilung
(Vorstand: Prof.Dr. Maria Schug-Kösters)
der Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten
der Universität München
(Direktor: Prof.Dr.Dr. Josef Heiß)

ZAHNÄRZTLICHE KONTROLLUNTERSUCHUNG VON PATIENTEN

MIT DER VERDACHTSDIAGNOSE HERDERKRANKUNG

Inaugural - Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der Zahnheilkunde
verfaßt und der Hohen Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Charlotte Aigner
aus
Augsburg

München 1966

Referent: Professor Dr.Dr. W.Ketterl
Correferent: Frau Professor Dr. M. Schug-Kösters
Dekan: Professor Dr. M.Kiese

Tag der mündlichen Prüfung: 18. Oktober 1966

Inhaltsangabe

I. Problematik der Herderkrankung

Definition des Begriffes Fokus

Fernwirkung des Fokus

Bedeutung des Fokus für das Fernleiden

II. Zahnärztliche Herdsanierung

Allgemeine zahnärztliche Herdsanierung

Spezielle Herdsanierung

Indikation

Umfang

Prognose

III. Nachkontrollen

Einzeldarstellung

Auswertung der Ergebnisse

Tabelle 1: Anzahl der toten Zähne : Anzahl der Patienten

Tabelle 2: Anzahl überkronter Zähne ohne erkennbare

Hinweise auf Pulpentod

Tabelle 3: Durchgeführte Sanierungsarbeiten

Tabelle 4: Ausmass der durchgeführten Sanierung

Tabelle 5: Notwendige prothetische Massnahmen im

Anschluss an die Sanierung

IV. Kritische Betrachtung

V. Zusammenfassung

VI. Literaturverzeichnis



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153512_0003

I. Die Problematik der Herderkrankung

Die Bedeutung der Lehre von der Herderkrankung ist bis heute umstritten. Aber schon in einer Keilschrift aus der Zeit der Babylonier wird auf Zusammenhänge zwischen kranken Zähnen, Schmerzen im Kopf und Rücken und in den Füßen hingewiesen. Später berichtet Hippokrates, dass er Patienten durch die Extraktion von kranken Zähnen vom Rheuma geheilt habe (KRANZ). Die exakte Forschung auf diesem Gebiet beginnt erst mit dem 20. Jahrhundert. Heute beschäftigt sich eine Arbeitsgemeinschaft, zusammengesetzt aus Vertretern aller Teilgebiete der Medizin, mit der Erforschung der Herderkrankung.

Von Herderkrankung nun wird gesprochen, wenn ein Krankheitsbild auf die Wirkung eines fernen Herdes zurückzuführen ist, dh. dieser für die Entstehung der Krankheit mehr oder weniger verantwortlich ist.

Der Begriff Herd oder Fokus wurde von der Nomenklaturkommission der medizinischen Arbeitsgemeinschaft für Herdforschung und Herdbekämpfung folgendermassen definiert: "Fokus ist eine abwegige, örtliche, entzündliche, intermittierend wirkende, pathologisch-anatomische Veränderung, die in der Lage ist, eine Fernwirkung auszulösen und zu unterhalten." Zum Fokus gehört damit in unserem Sinne "das Vorliegen eines bakterien- oder antigenhaltigen, weitgehend lokal symptomlos abgeschlossenen Raumes, der durch einen lebendigen Wall vom übrigen Organismus abgeschlossen, aber nicht total isoliert ist, von dem Wirkungen ausgehen, die u.U. imstande sind, funktionelle oder organische, krankhafte Reaktionen fern vom Herd hervorzurufen bzw. an ihrer Entstehung und Aufrechterhaltung mitzuwirken." (PARADE, 2)

Die Auffassung, wie eine Fernwirkung zustande kommt, hat im Laufe der Jahrzehnte sehr geschwankt. Die frühere Vorstellung war, dass von dem Herd eine ständige bakterielle Streuung in den Körper erfolgt. Da es aber nicht gelungen ist, Bakterien in den Fernorganen oder dauernd im Blut nachzuweisen, ist diese Auffassung heute verlassen worden, wenn auch das vorübergehende Eindringen von Bakterien

in das Blut nicht in Abrede gestellt wird. Eine andere Theorie nahm die Wanderung von Toxinen entlang der Nervenbahnen zum Rückenmark hin an und erklärte das Herdgeschehen als ein Krankheitsbild auf neuralem bzw. neurotrophischem Wege vom Rückenmark aus. (PARADE, 2) Heute tritt die Allergie-Theorie immer mehr in den Vordergrund: Durch den Zerfall von Bakterien entstehen im Herd Stoffe, die sensibilisierende Eigenschaften besitzen und im Sinne einer Allergisierung krankmachend sein können (SCHUH). Als Antigene kommen dabei neben den Bakterien auch körpereigene Eiweisszerfallsprodukte und Fremdeiweiss infrage. Eine wesentliche Rolle spielt dabei die Dauer der Einwirkung, die Menge der Antigene ist ohne grosse Bedeutung. Die Antigene gelangen über das Blut in den Organismus und versetzen ihn in einen allergisch-hyperergischen Zustand. Im Erfolgsorgan nun lösen die Antigen-Antikörper-Reaktionen dann das Fernleiden aus. (KETTERL) Da aber zu einer allergischen Erkrankung nicht nur die Antigen-Antikörper-Reaktion gehört, sondern auch eine gewisse allergische Diathese aus Konstitution und Vererbung, müssen auch noch Begriffe berücksichtigt werden wie die Störung der vegetativen Regulation, vaskuläre Dysfunktion, Dysendokrinismus und der geänderte Biochemismus des Herdes und des Erfolgsorgans. Eine Herderkrankung darf nicht als lokale Erkrankung betrachtet werden, sondern ist eine Erkrankung des gesamten Organismus (PETROVIC).

In der Bewertung der Bedeutung des Herdes für das Fernleiden ist heute auch ein Wandel eingetreten. Es wird in dem Herd nicht mehr die alleinige Krankheitsursache gesehen, sondern nur eine Krankheitsbedingung, ja oft ist ein Herd nur noch der auslösende Faktor. Es wird ferner angenommen, dass das Fernleiden in den ersten Wochen und Monaten sich in einer gewissen Abhängigkeit vom Fokus befindet, sich aber später infolge Autosensibilisierung verselbständigen kann. Eine andere Schwierigkeit besteht darin, den schuldigen Herd zu finden. Dazu sollten spezielle Testmethoden dienen. Bis jetzt aber sind diese Methoden nicht imstande, die Schuldigkeit eines Fokus zu beweisen (PARADE, 2). Die notwendige Folgerung ist, dass einmal die Fokalsanierung radikal durchgeführt werden muss, und zum anderen, dass dieser Therapie eine gewisse Unsicherheit innewohnt, indem man abwarten muss, ob nach der Entfernung der Herde eine Besserung eintritt oder nicht.

Das Herdproblem hat heute eine grosse Bedeutung erlangt, ist doch ein chronischer Herd ein ursächlicher oder doch fördernder Faktor in der Genese vieler Krankheiten. Es wird geschätzt, dass heute 30 % aller Erkrankungen eines durchschnittlichen Krankengutes einer internen Abteilung eines Großstadtkrankenhauses als Herd-erkrankungen anzusprechen sind, ja dass $\frac{2}{3}$ aller Todesfälle und 50 % aller vorzeitigen Invalidisierungen auf Krankheitsgruppen fallen, bei denen das Herdgeschehen eine grosse Rolle spielt (ALTMANN).

II. Zahnärztliche Herdsanierung

Der Begriff der zahnärztlichen Herdsanierung ist zunächst grundsätzlich zu trennen von dem der allgemeinen zahnärztlichen Sanierung, die in jedem Falle indiziert ist und mit der ausschliesslichen Herdsanierung nichts zu tun hat (BALAN/2, KETTERL).

Die allgemeine zahnärztliche Sanierung umfasst ausser der Kavitätenversorgung und Prothetik vor allem die Behandlung pulpitischer oder bereits pulpentoter Zähne. Bei Zähnen, bei denen noch eine Vitalextirpation infrage kommt, sollte diese möglichst nach der Röntgenmesstechnik vorgenommen werden. Bei bereits pulpentoten Zähnen muss der bzw. die Kanäle gründlich aufbereitet werden und dann eine einwandfreie Wurzelfüllung eingebracht werden d.h. eine Wurzelfüllung bis zum Apex. In beiden Fällen ist eine Röntgenkontrolle über längere Zeit erforderlich um evtl. bei Veränderungen am Apex zu einer Wurzelspitzenresektion oder zur Extraktion zu raten. Zu der allgemeinen zahnärztlichen Sanierung gehört ausserdem auch die Behandlung aller Parodontopathien. Das Ausmass der Behandlung bestimmt hier die Schwere und der Umfang der Entzündung. Nur ein paradontal gesundes Gebiss kann als völlig saniert angesehen werden.

Die spezielle Herdsanierung hat andere Voraussetzungen und Forderungen. Zunächst muss durch gründliche internistische Untersuchungen eindeutig oder mit grosser Wahrscheinlichkeit festgelegt sein, dass es sich um eine Herderkrankung handelt. Die Diagnose Herderkrankung ist nicht zahnärztliche Aufgabe. Ist diese Diagnose aber gesichert, so muss die Herdsanierung so vollständig wie möglich vorgenommen werden, d.h. es sind alle verdächtigen Herde im Körper zu entfernen. Teilsanierungen sind dabei als wertlos zu unterlassen (ALTMANN/2, HATTEMER/1, PARADE/2). Auf zahnärztlichem Gebiet kommen als mögliche Herde infrage vor allem tote Zähne, und zwar mit oder auch ohne röntgenologisch periapikale Veränderung. Bei letzteren besteht die Herdmöglichkeit darin, dass sich die krankhaften Vorgänge im apikalen Kanalbereich des Zahnes selbst ohne röntgenologische Knochenveränderung abspielen. Bei einer Statistik über die Verteilung der Herdmöglichkeiten stehen die toten Zähne absolut im Vordergrund. Weiter kommen infrage Restostitiden um abgebrochene zurückgelassene Wurzeln,

chronische und schwerere paradontale Entzündungen, impaktierte Zähne und evtl. auch das Vorhandensein verschiedener Metalle im Mund (THIELEMANN). Die totale Herdsanierung umfasst deshalb die Entfernung aller pulpentoten Zähne (BALAN/2, THIELEMANN). Eine konservierende Behandlung bei Herdsanierung ist nicht zweckmässig, da sie den Herd nicht mit Sicherheit ausschaltet (HATTEMER/2). Ausserdem gehört zur Herdsanierung auch die Behandlung tiefergehender paradontaler Prozesse, Entfernung von Wurzelresten und evtl. operative Entfernung impaktierter Zähne. Ein weiteres Problem bildet die chronische Pulpitis, die ja meist symptomlos verläuft. Einerseits ist es schwer einen solchen Zahn zu diagnostizieren, andererseits bildet auch eine chronisch verlaufende Pulpitis einen ständigen Entzündungsherd.

Bei der Herdsanierung ist vor allem auch darauf zu achten, dass der Zeitpunkt dem Widerstandsvermögen des Patienten angepasst ist (THIELEMANN). Es kann die schlechte Abwehrlage des Organismus durchaus eine Kontraindikation für die Durchführung einer Herdsanierung sein. Durch die chirurgischen Eingriffe könnte es zu einer Verschlechterung kommen. Hier sollte jeder Eingriff unterbleiben oder darf nur unter dem Schutz von Mitteln erfolgen, die die Wirkung der pathogenen Keime im Blut herabsetzt. Eine weitere Kontraindikation könnte sein, wenn die Krankheit, deren Ursache oder auslösender Faktor der Fokus war, schon so weit fortgeschritten ist, dass der Herd keine Rolle mehr spielt. Hier könnte die Beseitigung des Herdes evtl. mehr Schaden als Nutzen bedeuten (PARADE/1).

Andererseits ist es durchaus zu vertreten, bei einer Krankheit mit der Verdachtsdiagnose Herderkrankung, auch eine Herdsanierung vorzunehmen. Man sollte in diesem Falle nur eingestehen, dass diese Fokalsanierung nur eine Hypothese ist (PARADE/2).

Im grossen und ganzen wird heute eine prophylaktische Herdtherapie abgelehnt. Bei einem völlig gesunden Menschen sollten nicht ohne Notwendigkeit mögliche ruhende Herde durch lokale chirurgische Massnahmen evtl. aktiviert werden. Ist doch nachgewiesen, dass fast alle heute lebenden Menschen der zivilisierten Länder einen Prozess in der Art eines solchen Herdes haben, ohne krank zu sein oder jemals dadurch krank werden zu müssen (PARADE/2).

Geradezu gefordert wird die prophylaktische Herdsanierung dagegen zB. von der Schweizerischen Luftwaffe, die das aktive Personal erst nach vollkommener Herdsanierung in den Flugdienst übernimmt. Nach ihrem umfassenden Befundmaterial hat sich ergeben, dass chronische oder ruhende Prozesse, von toten Zähnen ausgehend, durch eine plötzliche Anstrengung durch Beruf oder auch Sport oder durch plötzlichen Wechsel von Umweltseinflüssen wie Temperatur oder Luftdruckwechsel akut aufflackern und aktiv werden können (BALAN/1, WANNEMACHER).

Die Prognose der Herdtherapie ist sehr unterschiedlich. Einmal muss berücksichtigt werden, dass der Herd in der Regel nicht die einzige und alleinige Ursache für die Fernerkrankung ist, sondern nur ein Faktor von mehr oder weniger Bedeutung, ja oft nur das auslösende Moment (PARADE/1). Dann ist es leider oft so, dass die Herderkrankung erst auf ihrem Höhepunkt als solche erkannt und zu diesem Zeitpunkt erst die Herdtherapie eingeleitet wird. Der Erfolg ist dann verschieden. Entweder erfolgt die Regeneration bis zur tatsächlichen Gesundung oder der Patient bleibt weiterhin in einem gewissen Krankheitszustand, wenn auch nicht mehr mit den schweren akuten Erscheinungen. Eine spontane Besserung bzw. Heilung d.h. sofort auf den zahnärztlichen Eingriff hin ist selten. Im allgemeinen muss mit einer gewissen Latenzzeit von $1/2$ - 2 Jahren gerechnet werden (THIELEMANN). Wichtig ist vor allem, dass frühzeitig genug saniert wird, bevor sich das Fernkrankheitsbild verselbständigt hat. Ist dieser Zeitpunkt bereits vorüber, so wird durch die Herdsanierung kaum eine Besserung eintreten (PARADE/2).

Ausserdem darf die Herdsanierung nur ein Teil der Behandlung der Herderkrankung sein. Diese muss weiter darauf gerichtet sein, das Fernleiden örtlich zu behandeln und ferner die Allgemeinreaktionslage des Körpers umzustimmen und zu steigern (FRANKE). Nur wenn beachtet wird, dass der Herd in der Regel nur ein Krankheitsfaktor ist und die Herdsanierung allein nicht genügt, werden nicht nur Misserfolge sondern vor allem eine Überbewertung der Herdsanierung vermieden.

III. Nachkontrollen

Es war meine Aufgabe, eine Nachuntersuchung der Patienten vorzunehmen, bei denen aufgrund von Herdverdacht ein Röntgenstatus angefertigt worden war. Zurückgegriffen wurde bis zum Jahre 1955, also ein Zeitraum von 9 Jahren.

Die Patienten waren damals aufgrund irgend eines Leidens von ihrem Arzt oder einer Klinik zur Röntgenuntersuchung wegen Herdverdachts zu uns geschickt worden. Es wurde daraufhin ein Röntgenstatus aller Zähne angefertigt und dem Arzt bzw. der Klinik der sich daraus ergebende Befund mitgeteilt. Gleichzeitig wurde von uns ein Therapie-vorschlag über die zu extrahierenden toten bzw. beherdeten Zähne und sonstige konservierende Massnahmen ausgearbeitet und beigelegt. Wie weit die Patienten die Therapievorschläge befolgten und welche Erfolge für das Allgemeinleiden sich daraus ergaben, war uns zunächst nicht mehr bekannt. Dies zu überprüfen ist der Sinn dieser Arbeit.

Grundlage für die Nachuntersuchungen waren die damals angefertigten Röntgenstaten bzw. der damalige Befund und Therapievorschlg. Es war nun zu überprüfen: was ist geschehen, was hätte geschehen müssen. Die Frage, welche Veränderungen der Patient in seinem Allgemeinbefinden im Anschluss an die Sanierung angibt, soll nur am Rande erwähnt werden.

Bei der Kontrolluntersuchung wurde zunächst von jedem Patienten ein vollständiger Mundbefund erstellt und dieser mit dem Ausgangsbefund verglichen. Von Interesse war: Welche Zähne sind noch vorhanden? Sind die beherdeten und toten Zähne extrahiert worden?

Als nächstes wurde eine Vitalitätsprüfung aller noch vorhandenen Zähne durchgeführt, um festzustellen, ob vielleicht weitere Zähne devital geworden sind. War dies der Fall, so musste überprüft werden, ob hier evtl. eine neue Herdgefahr entstanden war. In Einzelfällen wurden von solchen Zähnen dann Rntgenkontrollaufnahmen gemacht.

Der dritte Teil der Nachuntersuchung war dann die Befragung des Patienten, welche Massnahmen er aufgrund unseres Vorschlages hatte durchführen lassen und wann diese durchgeführt wurden. Letztere Frage war deshalb notwendig, weil festgestellt wurde, dass teilweise von der Befunderhebung bis zur Sanierung Jahre vergingen.

Insgesamt wurden in dem Zeitraum von 1955 - 1964 132 Röntgenstaten aufgrund der Verdachtsdiagnose Herderkrankung angefertigt. Zur Nachkontrolle konnten 44 Patienten gewonnen werden.

a) Einzeldarstellung der 44 Patienten

Erklärung: Ø = devitaler Zahn
 R = Wurzelrest
 □ = Krone
 B = Brückenzwischenglied

Fall 1

E.M. ♀ 55 Jahre

Nicht lokalisierbare Schmerzen im OK

Überweisung durch den Hausarzt

Gebissbefund:

1955

ØØ	Ø	ØØØØØ
7	54	21
123 5 7		

Status nur vom OK

bei Nachkontrolle 1964

OK-Vollprothese	
-----	-----

Totalsanierung: im OK wurden alle Zähne entfernt

Schmerzen im OK traten nicht mehr auf

Fall 2

G.H. ♀ 37 Jahre

Beschwerden an den Mandeln und der Kieferhöhle

Überweisung durch den Hausarzt

Gebissbefund:

1955

ØØ	Ø	
8765	21	12345678
7	54321	123 5 7

bei Nachkontrolle 1964

BBØØ	ØØØ
765	1234567
7	54321

/2 Zyste

Teilsanierung: /23 Resektion (Zyste)

Fall 3

H.L. ♀ 65 Jahre

Herz- und Lungenleiden

Überweisung durch den Hausarzt

Gebissbefund:

1955

76	1	1 3	67
4321		1234	
		Ø	

bei Nachkontrolle 1964

76	1	1 3	67
4321		123	

Totalsanierung

Keine Besserung

Fall 4

R.J. ♂ 56 Jahre

Rheumatismus und Herzbeschwerden

Überweisung durch den Hausarzt

Gebissbefund:

1955

8	4	1	123	5678
7654321			12345	7
Ø				

bei Nachkontrolle 1964

4	1	1	6	OK-Teilprothese
7654321			12345	7
Ø				

Teilsanierung: Extrakt. 5 ; Verbliebene tote Zähne: 77

Keine Besserung

Fall 5

R.F. ♀ 74 Jahre

Patientin kann sich nicht mehr erinnern aufgrund welcher Beschwerden der Status angefertigt wurde

Überweisung durch den Hausarzt

Gebissbefund:

1955

Ø	Ø	BBBB
7654321	1	678
7	4321	1234
R		

bei Nachkontrolle 1964

ØØR	R
7	7
7	4321
R	123

Keine Sanierung

Keine Beschwerden

Fall 6

R.W. ♂ 30 Jahre

Iridocyclitis (sprach auf keine lokale Behandlung an)

Überweisung durch die Augenklinik der Universität München

Gebissbefund:

1955	bei Nachkontrolle 1964
$\begin{array}{c} \emptyset \emptyset \\ 87654321 \mid 12345678 \\ 7654321 \mid 123457 \\ \emptyset \end{array}$	$\begin{array}{c} B \\ 87 \mid 5 \mid 321 \mid 1234 \mid 67 \\ 54321 \mid 123457 \end{array}$

Totalsanierung

Völlige Heilung bald nach den Extraktionen, seitdem keine Beschwerden mehr

Fall 7

R.E. ♀ 64 Jahre

Gelenkrheumatismus

Überweisung durch den Hausarzt

Gebissbefund:

1955	bei Nachkontrolle 1964
$\begin{array}{c} RR \qquad \qquad RR \\ 876 \qquad \qquad 23 \qquad 78 \\ 4321 \mid 1234 \\ \emptyset \end{array}$	$\begin{array}{c} OK-Vollprothese \\ \hline 321 \mid 34 \end{array}$

Totalsanierung

Keine Beschwerden mehr

Fall 8

W.G. ♀

Gelenkrheumatismus

Überweisung durch den Hausarzt

Gebissbefund:

1956	bei Nachkontrolle 1964
$\begin{array}{c} BB\emptyset \qquad \qquad BBB \\ 7 \mid 4 \mid 3 \mid 1 \mid 1 \mid 3 \mid 7 \\ 8 \mid 54321 \mid 1234 \mid 7 \\ \emptyset \end{array}$	$\begin{array}{c} BBB \qquad \qquad BBB \\ 7 \mid 3 \mid 1 \mid 1 \mid 3 \mid 7 \\ 8 \mid 542 \mid 234 \end{array}$

Totalsanierung

Beschwerden viel besser

Fall 9

H.B. ♀ 56 Jahre

Rheumatismus

Überweisung durch den Hausarzt

Gebissbefund:

1957

ø	ø ø ø ø
6 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6
6 5 3 2 1	1 2 3 6
R	

bei Nachkontrolle 1964

B	B	ø ø ø ø
6 4 3 1	1	1 2 3 4 5 6
6 5 3 2 1	1 2 3 6	
R		

Keine Sanierung

Leichte Besserung

Fall 10

M.E. ♀ 67 Jahre

Prurigo und Arthritis (besonders an den Beinen)

Überweisung durch den Hausarzt

Gebissbefund:

1956

ø ø ø
7 6 4 2 1
4 3 2 1
1 2 3 4 5 6
ø

bei Nachkontrolle 1964

1
4 3 2 1
1 2 3

Totalsanierung

Keine Besserung

Fall 11

M.V. ♂ 58 Jahre

Rheumatismus

Überweisung durch den Hausarzt

Gebissbefund:

1957

B
7 5 4 3 2 1
7 5 4 3 2 1
1 2 3 4 5 7

bei Nachkontrolle 1964

B
7 5 4 3 2 1
7 5 4 3 2 1
1 2 3 4 5

Kein pathologischer Befund

Keine Besserung

Fall 12

S.A. ♀ 59 Jahre

Schlechtes Allgemeinbefinden, Kreislaufstörungen

Überweisung durch den Hausarzt

Gebissbefund:

1956

bei Nachkontrolle 1964

Ø	Ø	Ø
76	432	234 67
7	43	34

	OK-Vollprothese
[3]	[3] UK-Teilprothese

Totalsanierung

Wesentliche Besserung, kaum noch Beschwerden

Fall 13

B.S. ♂ 40 Jahre

Rheumatismus und Herzbeschwerden (evtl. Ursache auch Rückenmarksverletzung während des Krieges)

Überweisung durch den Hausarzt

Gebissbefund:

1957

bei Nachkontrolle 1964

Ø	Ø	
87	543 1	1 345678
876	321	1234 78
Ø		Ø

Ø	
87	5 3 1 1 1 345 78
87	321 123 78

Teilsanierung: Verbliebene tote Zähne: 1/

Besserung der Beschwerden, evtl. durch gleichzeitige Behandlung der Rückenmarksverletzung

Fall 14

G.J. ♂ 66 Jahre

Hartnäckige Zahnfleischentzündung

Überweisung durch den Hausarzt

Gebissbefund:

1958

bei Nachkontrolle 1964

Ø	
765	21 123 7
54321	12345 7

Ø	Ø
765	1 1 3
54321	12345 7

Keine Sanierung

Besserung

Fall 15

S.H. ♀ 70 Jahre

Rheumatismus

Überweisung durch den Hausarzt

Gebissbefund:

1958

$$\begin{array}{r|l} 654321 & 1234 \\ \hline 54321 & 123456 \end{array}$$

bei Nachkontrolle 1964

$$\begin{array}{r|l} 54321 & 123 \\ \hline 543\ 1 & 123456 \end{array}$$

Kein pathologischer Befund

Keine Besserung

Fall 16

T.Z. ♀ 54 Jahre

Patientin kann nicht mehr angeben warum der Status erstellt wurde

Überweisung durch den Hausarzt

Gebissbefund:

1957

$$\begin{array}{r|l} \emptyset BB \emptyset \emptyset & \emptyset \emptyset \emptyset \emptyset B \\ \hline 71\ 4321 & 1234517 \\ \hline 7\ 4321 & 12345 \\ BB \emptyset & \emptyset \emptyset \end{array}$$

bei Nachkontrolle 1964

$$\begin{array}{r|l} \emptyset BB \emptyset \emptyset & \emptyset \emptyset \emptyset B \\ \hline 71\ 4321 & 123\ 517 \\ \hline 71\ 4321 & 12345 \\ BB \emptyset & \emptyset \emptyset \end{array}$$

Keine Sanierung

Keine Beschwerden

Fall 17

B.M. ♀ 73 Jahre

Gelenkrheumatismus

Überweisung durch den Hausarzt

Gebissbefund:

1958

$$\begin{array}{r|l} \emptyset & \emptyset & \emptyset \emptyset \\ \hline 7654321 & 12345\ 78 \\ \hline 54321 & 1234567 \\ & \emptyset \end{array}$$

bei Nachkontrolle 1964

$$\begin{array}{r|l} \emptyset & \emptyset & \emptyset \\ \hline 7654321 & 1234\ 8 \\ \hline 54321 & 1234567 \\ & \emptyset \emptyset \end{array}$$

Keine Sanierung

Keine Besserung der Beschwerden

Fall 18

E.L. ♀ 63 Jahre

Herzbeschwerden und Rheumatismus

Überweisung durch den Hausarzt

Gebissbefund:

1959

87654321		12345678
87 54321		12345678
Ø		

bei Nachkontrolle 1964

87654321		12345678
8 54321		12345678

Totalsanierung

Wesentliche Besserung

Fall 19

L.M. ♀ 42 Jahre

Herzbeschwerden

Überweisung durch den Hausarzt

Gebissbefund:

1959

7	321		1234	678
87	4321		123	518
			B	BB

bei Nachkontrolle 1964

7	321		123	8
87	321		123	518
			B	BB

Totalsanierung

Keine Besserung

Fall 20

N.M. ♀ 50 Jahre

Rheumatismus

Überweisung durch den Hausarzt

Gebissbefund:

1959

Ø			Ø
5	321		123456 8
8	54321		12345 7

bei Nachkontrolle 1964

Ø			Ø
5	321		123 8
4321		1234	7
			OK-Teilprothese
			UK- "

Teilsanierung: der tote 2/ wurde belassen

Wesentliche Besserung

Fall 21

N.A. ♀ 60 Jahre

Gelenkrheumatismus

Überweisung durch den Hausarzt

Gebissbefund:

1958

bei Nachkontrolle 1964

R

7	54321		1234567
	54321		12345 8
			Ø

-----		--3-----
54321		12345 8
		Ø

Teilsanierung: der tote /8 wurde belassen

Keine Beschwerden mehr

Fall 22

V.H. ♂ 25 Jahre

Herzbeschwerden

Überweisung durch den Hausarzt

Gebissbefund:

1958

bei Nachkontrolle 1964

B

87654321		1234 1678
7654321		1234567

Ø B

87654321		1234 1678
7654321		1234567

Kein pathologischer Befund

Keine Besserung

Fall 23

W.G. ♂ 31 Jahre

Leichte Herzbeschwerden beim Sport

Überweisung durch den Sportarzt

Gebissbefund:

1958

bei Nachkontrolle 1964

Ø Ø Ø

876543 1		12345 78
87654321		12345678

Ø Ø Ø

876543 1		12345 78
7654321		1234567

Keine Sanierung

Keine Beschwerden mehr, da inzwischen kein Sport mehr betrieben wird.

Fall 24

B.K. ♂ 35 Jahre

Urticaria

Überweisung durch die Dermatologische Klinik

Gebissbefund:

1960
RR
7 54321 | 1 34 6
8 54321 | 12345 8
Ø

bei Nachkontrolle 1964

Ø
7 54 1 | 1 34 6
8 54321 | 123 5 8

-Totalsanierung (/1 wurde erst vor einigen Monaten vitalextirpiert)

Die Urticaria trat nach Sanierung 1960 nicht wieder auf. Gleichzeitig war eine Allergie auf Nylon-Bekleidung ermittelt worden.

Ausschaltung dieser Allergene.

Fall 25

K.H. ♂ 25 Jahre

Gelenkrheumatismus

Überweisung durch die Med.Poliklinik München

Gebissbefund:

1959
7654321 | 1234567
7654321 | 1234567

bei Nachkontrolle 1964

Ø
7654321 | 1234567
7654321 | 1234567

Kein pathologischer Befund

Keine Besserung

Fall 26

L.K. ♀ 61 Jahre

Rheumatismus

Überweisung durch den Hausarzt

Gebissbefund:

1960
Ø R
654321 | 12345678
7 54321 | 12345
Ø Ø

bei Nachkontrolle 1964

Ø
4321 | 1 3 OK-Vollprothese
UK-Teilprothese

Totalsanierung

Keine Besserung

Fall 27

B.M. ♀ 55 Jahre

Gelenkrheumatismus

Überweisung durch die Med. Poliklinik München

Gebissbefund:

1960

$$\begin{array}{r|l} \emptyset \emptyset & \\ 76543 \ 1 & 1 \ 3456 \\ \hline 87 \ 54321 & 12345 \ 7 \\ \emptyset & \end{array}$$

bei Nachkontrolle 1964

$$\begin{array}{r|l} B \emptyset & \\ 77 \ 543 \ 1 & 1 \ 3456 \\ \hline 87 \ 54321 & 12345 \ 7 \\ \emptyset & \end{array}$$

Teilsanierung: Extrakt. 6/; Verbliebene tote Zähne: 4/
 Wesentliche Besserung

Fall 28

K.G. ♀ 37 Jahre

Rheumatismus

Überweisung durch den Hausarzt

Gebissbefund:

1961

$$\begin{array}{r|l} & \\ 87 \ 54321 & 12345 \ 78 \\ \hline 7 \ 54321 & 123456 \ 8 \end{array}$$

bei Nachkontrolle 1964

$$\begin{array}{r|l} & \\ 87 \ 54321 & 12345 \ 78 \\ \hline 7 \ 54321 & 123456 \ 8 \end{array}$$

Kein pathologischer Befund

Keine Besserung

Fall 29

K.H. ♀ 40 Jahre

Ständige starke Kopfschmerzen

Überweisung durch den Hausarzt

Gebissbefund:

1960

$$\begin{array}{r|l} \emptyset & \\ 7 \ 54321 & 12345 \ 7 \\ \hline 87654321 & 12345678 \end{array}$$

bei Nachkontrolle 1964

$$\begin{array}{r|l} \emptyset & \\ 7 \ 54321 & 12345 \ 7 \\ \hline 7 \ 54321 & 12345 \ 7 \end{array}$$

Keine Sanierung

Keine Besserung

Fall 30

M.A. ♀ 53 Jahre

Herzanfälle und Rheumatismus

Überweisung durch den Hausarzt

Gebissbefund:

1961

8765 3	
7 54321	12345
	Ø

bei Nachkontrolle 1964

3	
7 54321	12345
	Ø

Totalsanierung (/4 wurde reseziert)

Seit Extraktion der toten Zähne im OK keine Beschwerden mehr.

(Die Extraktionen erfolgten vor Erstellung des Status, dieser sollte nur zur Kontrolle dienen.)

Fall 31

R.W. ♂ 39 Jahre

Herzbeschwerden

Überweisung durch den Hausarzt

Gebissbefund:

1961

7 54321	12345678
7654321	12345678
Ø	Ø

bei Nachkontrolle 1964

7 54321	12345 78
7 54321	12345678
	Ø

Teilsanierung: Extr. $\frac{6}{6}$; Verbliebene tote Zähne: /6

Keine Besserung

Fall 32

S.H. ♂ 42 Jahre

Rechte Kieferhöhleneiterung

Überweisung durch den Hausarzt

Gebissbefund:

1961

ØØ	
7654321	1234 7
7 54321	123456
Ø Ø	Ø

bei Nachkontrolle 1964

7 4321	1234 7
5 321	12345

Totalsanierung

Kieferhöhleneiterung nicht mehr im akuten Stadium. Zugleich wurden auch die Mandeln entfernt.

Fall 33

W.M. ♀ 35 Jahre

Gefässerkrankung und Herzanfalle

Überweisung durch die II.Med.Klinik München

Gebissbefund:

1960

bei Nachkontrolle 1964

$$\begin{array}{r|l} \emptyset & \\ 87654321 & 71345678 \\ \hline 87 & 54321 \quad 12345 \quad 78 \\ \emptyset & \end{array}$$

$$\begin{array}{r|l} \emptyset & \\ 7 & 54321 \quad 71345678 \\ \hline 87 & 5 \quad 321 \quad 12345 \quad 8 \end{array} \quad \text{OK-Teilprothese}$$

Totalsanierung (/_/3 wurde vor kurzem wurzelbehandelt)

Leichte Besserung

Fall 34

A.L. ♂ 35 Jahre

Trigeminusneuralgie rechts

Überweisung durch die Chirurg.Klinik der Universität München

Gebissbefund:

1961

bei Nachkontrolle 1964

$$\begin{array}{r|l} \emptyset \emptyset & \emptyset \\ 43 & 3 \quad 567 \\ \hline 87 & 54321 \quad 1234 \quad 7 \\ \emptyset & \end{array}$$

$$\begin{array}{r|l} \text{-----} & \text{-----} \\ 3 & 1 \quad 1 \quad 34 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{l} \text{OK-Vollprothese} \\ \text{UK-Teilprothese} \end{array}$$

Totalsanierung (allerdings in grösseren Zeitabständen)

Nach den ersten Extraktionen keine wesentliche Besserung. Einige Wochen vor der Nachkontrolle wurde noch 3/ extrahiert, seitdem wesentliche Besserung.

Fall 35

B.E. ♀ 76 Jahre

Herzbeschwerden und Gelenkrheumatismus

Überweisung durch den Hausarzt

Gebissbefund:

1961

bei Nachkontrolle 1964

$$\begin{array}{r|l} 76 & 3 \\ \hline 54 & 321 \quad 123 \quad 5 \\ \emptyset & \end{array}$$

$$\begin{array}{r|l} 7 & 3 \\ \hline 43 & 21 \quad 123 \quad 5 \end{array} \quad \text{OK-Teilprothese}$$

Totalsanierung

Keine Besserung der Herzbeschwerden, Gelenkrheumatismus viel besser

Fall 36

T.R. ♀ 60 Jahre

Chron. Stomatitis

Überweisung durch die Dermatologische Klinik

Gebissbefund:

1961

øøø	ø
4 3 2 1	1 3 4 6 7
7 3 2 1	1 2 3 4 5
øø	ø

bei Nachkontrolle 1964

1	1 3	6 7
7 3	1 2 3 4	

Totalsanierung

Besserung

Fall 37

V.T. ♀ 25 Jahre

Dysthyreose

Überweisung durch den behandelnden Nervenarzt

Gebissbefund:

1962

ø	ø	øø
7 5 4 3 2 1	1 3 4 5 7 8	
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 7 8	

bei Nachkontrolle 1964

ø	ø	øø
7 5 4 3 2 1	1 3 4 5 7 8	
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 7 8	

Keine Sanierung

Keine Besserung

Fall 38

B.A. ♀ 63 Jahre

Rheumatismus

Überweisung durch den Hausarzt

Gebissbefund:

1962

7 6 5 4 3 1	1 2 3 4 5 6
8 7 4 3 2 1	1 2 6 7 8
ø	ø

bei Nachkontrolle 1964

7 6 5 4 3 1	1 2 3 4 5 6
7 4 3 2 1	1 2 7
ø	ø

Teilsanierung: Extr. /6 ; Verbliebene tote Zähne: 4 7

Seit Extraktion /6 viel besser

Fall 39

H.B. ♀ 43 Jahre

Venenentzündung an den Beinen

Überweisung durch den behandelnden Facharzt für Hautkrankheiten

Gebissbefund:

1963

øø øø	ø	
7654 21	1 34	67
87 4321	123456	
øø	ø	ø

bei Nachkontrolle 1964

øø øø	øB	
7654 21	1 34	67
7 4321	123456	
ø	ø	ø

Keine Sanierung

Leichte Besserung

Fall 40

S.M. ♀ 36 Jahre

Rheumatismus

Überweisung durch den Hausarzt

Gebissbefund:

1963

ø øø øøø	
7654321	1234567
76 4321	123 5 7
ø	

bei Nachkontrolle 1964

B BB BBB	
7654321	123 4567
7 4321	123 5 7

Totalsanierung

Wesentliche Besserung

Fall 41

S.L. ♀ 43 Jahre

Ständig wiederkehrende Kopfschmerzen ohne erkennbare Ursache

Überweisung durch die prothetische Abteilung der Zahnklinik München

Gebissbefund:

1963

øø ø	øø	
76543 1	123456 8	
7 321	1 4 78	
ø	ø	

bei Nachkontrolle 1964

øBø	
31 11	11234 8 OK-Teilprothese
17 3	4 78 UK-
ø	

Teilsanierung: Extr. $\frac{4}{1}$ $\frac{56}{1}$; Verbl.tote Zähne: $\frac{7}{1}$ $\frac{3}{1}$

Kopfschmerzen traten nicht mehr auf

Fall 42

K.J. ♂ 53 Jahre

Arthritis

Überweisung durch den behandelnden Internisten

Gebissbefund:

1964

Ø	Ø	Ø	Ø
7654321	1234	6	8
7 43	234	7	
Ø/Ø			

bei Nachkontrolle 1964

Ø	Ø	Ø	Ø
7654321	1234	6	8
7 43	234	7	
Ø	Ø		

Keine Sanierung

Keine Besserung

Fall 43

W.J. ♂ 40 Jahre

Herzbeschwerden

Überweisung durch die Med. Poliklinik der Universität München

Gebissbefund:

1963

76543 1	1 34567
7 54321	1234 67

bei Nachkontrolle 1964

76543 1	1 34567
7 54321	1234 67

Totalsanierung: Vor Erstellung des Status wurden alle toten Zähne entfernt. Der Status diente nur zur Kontrolle

Keine Besserung

Fall 44

W.E. ♀ 58 Jahre

Immer wieder auftretende Schmerzanfälle im OK und UK

Überweisung durch den Hausarzt

Gebissbefund:

1964

7 5 321	12 5
54321	12345

bei Nachkontrolle 1964

7 5 321	12 5
54321	12345

Kein pathologischer Befund (keine Extraktion empfohlen)

Schmerzanfälle traten seltener auf nach Verordnung von Vit. B₁

b) Auswertung der Ergebnisse

Zur Nachuntersuchung erschienen waren 44 Patienten, 14 ♂ und 30 ♀. Davon waren in 6 Fällen auf den früher angefertigten Röntgenstaten keine toten oder beherdeten Zähne festzustellen. 1 Patient hatte kurz vorher eine Totalsanierung durchführen lassen und war nur zur Kontrolle dieser Massnahmen geschickt worden.

Bei den restlichen 38 Patienten zeigte der Röntgenstatus im Ausgangsbefund tote Zähne mit und ohne apikale Veränderung. Dabei war die Anzahl der toten Zähne und damit der Umfang der vorgeschlagenen Sanierungsmassnahmen sehr unterschiedlich.

Tabelle 1

Zahl der toten Zähne	Zahl der Patienten
0	6
1	7
2	5
3	10
4	4
5	4
6	2
7	4
9	1
10	1

Zu dieser Zahl der röntgenologisch und klinisch festgestellten toten Zähne kommt aber noch eine Anzahl von überkronten Zähnen, die zwar röntgenologisch einwandfrei scheinen, bei denen aber infolge der Überkronung eine Vitalitätsprüfung nicht möglich war.

Tabelle 2

Überkronte Zähne ohne im Röntgenbild erkennbare Hinweise auf
Pulpentod

Lfd.Nr.	Zahl solcher überkronten Zähne
5	5
8	4
11	2
13	1
16	2
19	2
20	2
22	1
23	1
32	1
33	2
36	1
38	2
39	4
41	1
44	2

16 Patienten

33 Zähne

Von den 38 Patienten mit pathologischem Befund haben 10 unsere Sanierungsvorschläge nicht beachtet und keine Extraktionen durchführen lassen. 2 Patienten davon konnten sich nicht mehr erinnern, warum seinerzeit der Röntgenstatus angefertigt worden war. Nach ihren Aussagen haben oder hatten sie keine Beschwerden, die auf eine Herderkrankung hingewiesen hätten. Ein weiterer Patient hatte nur Beschwerden beim Sport, diesen in der Zwischenzeit aber aufgegeben, und ist nun beschwerdefrei.

Eine Teilsanierung liessen 9 Patienten vornehmen. Der Grund, warum nur eine Teilsanierung durchgeführt wurde, waren meist kosmetische bzw. finanzielle Gesichtspunkte. So wurden vor allem Zähne im sichtbaren Bereich des OK belassen, auch wenn sie tot oder sogar beherdet waren.

19 Patienten liessen aufgrund unserer Diagnose eine Totalsanierung durchführen.

Tabelle 3

Durchgeführte Sanierungsarbeiten

Lfd.Nr.	keine Sanierung	Teilsanierung	Totalsanierung
1			+
2		+	
3			+
4		+	
5	+		
6			+
7			+
8			+
9	+		
10			+
11	kein path.Befund		
12			+
13		+	
14	+		
15	kein path.Befund		
16	+		
17	+		
18			+
19			+
20		+	
21		+	
22	kein path.Befund		
23	+		
24			+
25	kein path.Befund		
26			+
27		+	
28	kein path.Befund		
29	+		
30			+
31		+	
32			+
33			+
34			+
35			+
36			+
37	+		
38		+	
39	+		
40			+
41		+	
42	+		
43			+
44	kein path.Befund		
insges.	10 6 kein path.Befund	9	19

Von den 19 Patienten, die eine Totalsanierung durchführen liessen, hatten 2 dies bereits vor Erstellung des Status getan, der Status diente nur zur Kontrolle. Bei den restlichen 17 Totalsanierungen war der Umfang der erforderlichen Extraktionen sehr unterschiedlich.

Tabelle 4

Ausmass der durchgeführten Sanierung

<u>Lfd.Nr.</u>	<u>Zahl der entfernten toten Zähne</u>
1	7
3	1
6	3
7	5 (1 + 4R)
8	2
10	4
12	3
18	1
19	3
24	3 (1 + 2R)
26	4 (3 + 1R)
32	5
33	2
34	5
35	1
36	7
40	7

Ausser den für die Sanierung empfohlenen Extraktionen wurden oft noch weitere vitale Zähne entfernt.

Hätten alle 38 Patienten eine Totalsanierung durchführen lassen, so wären dadurch 24 Patienten zu Prothesenträgern geworden, sollte die Sanierung nicht mit einer Beeinträchtigung der Kaufähigkeit und Kosmetik bezahlt werden bzw. die Erhaltung des Restgebisses und die sichere Bissführung sehr gefährdet werden. Da in den meisten Fällen die Extraktionen in verschiedenen Gebissabschnitten hätten vorgenommen werden müssen, und oft schon einzelne Lücken vorhanden waren, wäre schon aus finanziellen Gründen nur eine Prothese infrage gekommen. In 4 Fällen hätten wenigstens Brücken angefertigt werden müssen. Nicht berücksichtigt in dieser Zahl von 24 Patienten mit neu anzufertigenden Prothesen sind die Patienten, die schon vor der Sanierung dringend eine Teilprothese benötigt hätten.

Tabelle 5

Notwendige prothetische Massnahmen im Anschluss an die Sanierung

<u>Lfd.Nr.</u>	<u>Brücke</u>	<u>Prothese</u>	<u>tatsächlich durchgeführte Massnahmen</u>
1		+	OK-Vollprothese
2		+	keine Sanierung
4		+	OK-Teilprothese
5		+	kein Ersatz
6	+		kein Ersatz
7		+	OK-Vollprothese, UK-Teilprothese
9		+	keine Sanierung
10		+	kein Ersatz
12		+	OK-Vollprothese
16		+	keine Sanierung
17		+	keine Sanierung
18	+		kein Ersatz
19		+	kein Ersatz
20		+	OK-Teilprothese
23		+	keine Sanierung
24		+	kein Ersatz
26		+	UK-Teilprothese
27		+	Brücke (Teilsanierung)
29	+		keine Sanierung
31	+		kein Ersatz (Teilsanierung)
32		+	kein Ersatz
34		+	OK-Vollprothese, UK-Teilprothese
36		+	kein Ersatz
37		+	keine Sanierung
39		+	keine Sanierung
40		+	OK-Brücke 31 - 12
41		+	OK-Teilprothese, UK-Teilprothese
42		+	keine Sanierung

Nicht berücksichtigt in dieser Aufstellung sind alle die prothetischen Arbeiten, die keine Folge der Sanierung waren.

Die Erfolge der Sanierung bei den hier nachuntersuchten Patienten sind als recht gut zu bezeichnen. Von den 9 Patienten mit Teilsanierung konnten nur 2 keine Besserung feststellen, in 5 Fällen war eine wesentliche Besserung zu verzeichnen. Allerdings gaben 2 Patienten davon noch eine evtl. andere Ursache für diese Besserung an. So wurden in einem Falle zugleich die Mandeln entfernt, im anderen Falle, bei dem es sich um rheumatische Beschwerden handelte, wurde gleichzeitig eine schon alte Rückenmarksverletzung behandelt. In 2 Fällen von Teilsanierung verschwanden die Beschwerden ganz. Bei einer Patientin verlor sich nach allerdings sehr ausgedehnter Teilsanierung (im OK wurden alle Zähne entfernt) das Gelenk-Rheuma völlig. Eine andere Patientin klagte über immer wiederkehrende Kopfschmerzen ohne erkennbare Ursache, die nach der Teilsanierung (Entfernung von 2 Wurzelresten und 3 toten Zähnen) nicht wieder auftraten.

Eine Totalsanierung liessen 19 Patienten durchführen. Bei 6 Patienten war trotzdem keine Besserung ihres Leidens festzustellen. In 8 Fällen wurde eine deutliche Besserung angegeben. In 5 Fällen verschwanden die Beschwerden ganz und traten auch nicht wieder auf. In einem Falle könnte auch hier wieder eine andere Ursache dafür verantwortlich sein, nämlich die Ausschaltung von Nylonbekleidung; es handelte sich um eine chronische Urticaria. In den anderen 4 Fällen war das Verschwinden der Beschwerden auf die Sanierung der Zähne zurückzuführen: Es handelte sich hier einmal um eine besonders hartnäckige Iridocyclitis, die auf keine Behandlung der Augenklinik angesprochen hatte, aber bald nach Extraktion von 3 beherdeten und toten Zähnen ausheilte und nicht mehr auftrat. Im zweiten Falle waren nicht lokalisierbare Schmerzen im ganzen OK nach der Extraktion von 7 toten Zähnen bald ganz verschwunden. Der dritte Fall waren rheumatische Beschwerden mit Herzanfällen, die nach Entfernung von 6 toten Zähnen im OK aufhörten. Ebenso traten die Gelenkbeschwerden im vierten Falle nach Extraktion von 4 Wurzelresten und 1 toten Zahn nicht wieder auf.

IV. Kritische Betrachtung

Bei den zur Nachuntersuchung bestellten Patienten handelte es sich ausschliesslich um Patienten, bei denen vor Jahren aufgrund eines Herdverdachtes ein Röntgenstatus angefertigt worden war. Unsere Behandlungsvorschläge wurden deshalb unter dem Gesichtspunkt einer totalen zahnärztlichen Herdsanierung ausgearbeitet, d.h. es war vor allem an eine Extraktion aller beherdeten und toten Zähne gedacht.

Durch diese Sanierungsmassnahmen nun wäre von den nachuntersuchten 38 Patienten mit pathol. Befund in 24 Fällen der Patient zum Prothesenträger geworden. Dabei hat sich gezeigt, dass nicht nur Patienten, bei denen 4 und mehr Zähne zur Extraktion empfohlen wurden, einen herausnehmbaren Ersatz hätten bekommen müssen, auch von den 22 Patienten, bei denen nur 1 - 3 Zähne hätten entfernt werden müssen, wären 9 dadurch zum Prothesenträger geworden. In diesen Fällen handelte es sich immer um ein bereits bestehendes Lückengebiss geringeren Ausmasses, in dem nun entweder Zähne der Front zu entfernen waren oder durch die Extraktion noch vorhandene Stützzonen im Seitenzahngebiet aufgelöst worden wären.

Die Nachuntersuchungen haben gezeigt, dass in den Fällen, in denen eine Totalsanierung durchgeführt worden und prothetischer Ersatz notwendig war, dieser nicht in allen Fällen angefertigt oder getragen wurde. Es gibt einen gewissen Prozentsatz Patienten, die sich an einen herausnehmbaren Ersatz nicht gewöhnen können und wollen. Auch finanzielle Probleme spielen oft eine Rolle. Damit aber kann die Sanierung zu einer Verminderung der Kaufähigkeit und -leistung führen, die sich auch allgemeingesundheitlich auswirken kann.

Dem gegenüber steht nun der mögliche Erfolg d.h. die Besserung oder Ausheilung des Fernleidens. Von den nachuntersuchten 38 Patienten mit pathol. Befund liessen 28 Patienten eine Teil- oder Totalsanierung durchführen. Davon gaben 13 eine deutliche Besserung ihrer Krankheit an, 7 hatten daraufhin keine Beschwerden mehr. In 6 Fällen davon ist der Erfolg klar auf die zahnärztlichen Sanierungsmassnahmen zurückzuführen.

So schön diese Erfolge für die betreffenden Patienten sind, sie lösen das Problem nicht, das sich dem Zahnarzt bei jedem neuen Fall von Herdsanierung bzw. Herdverdacht auftut. Soll sofort zu einer radikalen Sanierung geraten werden, auch wenn der Patient dadurch zum Prothesenträger wird und ausserdem ja der Erfolg nicht unbedingt vorauszusagen ist? Solange es keine einwandfreien Testmethoden zur sicheren Feststellung des schuldigen Fokus gibt muss wohl jeder Zahnarzt aufgrund seiner Untersuchungen und seiner Erfahrungen seine Stellung zum Herdproblem und zur Herdsanierung selbst finden.

Z u s a m m e n f a s s u n g

Heute wird die Fernwirkung eines sog. Herdes mit einer Allergisierung bzw. Hypersensibilisierung des Körpers erklärt. Der Herd spielt dabei nicht mehr die allein ausschlaggebende Rolle. Soll aber eine Herdsanierung durchgeführt werden, so muss diese vollständig sein, dh. es müssen auf zahnärztlichem Gebiet alle toten Zähne entfernt werden. Teilsanierungen werden als wertlos angesehen.

Von den zur Nachkontrolle angeschriebenen Patienten waren 44 zur Nachuntersuchung erschienen. Davon zeigte der Röntgenstatus in 38 Fällen tote Zähne mit und ohne apikaler Veränderung. 22 Patienten hatten nur 1 - 3 solcher toter Zähne, der Rest schwankte zwischen 4 - 10 toten Zähnen. Dazu kam noch eine Anzahl von überkronen Zähnen, die zwar röntgenologisch einwandfrei schienen, bei denen aber eine Vitalitätsprüfung nicht möglich war. Es handelte sich hier bei 16 Patienten um insgesamt 33 solcher überkroner Zähne. Obwohl allen 38 Patienten die Entfernung aller toten Zähne empfohlen worden war liessen nur 19 eine Totalsanierung durchführen, 9 Patienten entschlossen sich nur zu einer Teilsanierung und 10 ignorierten unseren Therapieversuch völlig. Der Umfang der Totalsanierungen dh. die Anzahl der dabei entfernten Zähne war sehr unterschiedlich, meist aber wurden 3 und mehr Zähne entfernt. Hätten alle 38 Patienten eine Totalsanierung durchführen lassen, so wären dadurch 24 Patienten zu Prothesenträgern geworden. In 4 Fällen hätte wenigstens eine Brücke angefertigt werden müssen. Von den 19 Patienten, die eine Totalsanierung haben vornehmen lassen, war nur in 6 Fällen kein neuer Zahnersatz nötig, bei 6 Patienten wurde der notwendige Ersatz angefertigt, 7 Patienten jedoch liessen keinen Ersatz herstellen und nehmen die Beeinträchtigung ihrer Kaufähigkeit und evtl. eine Gefährdung des Restgebisses als Folge der Sanierung hin.

Die Erfolge der Totalsanierungen in Bezug auf das Fernleiden sind als recht gut zu bezeichnen. Nur in 6 Fällen war trotzdem keine Besserung festzustellen, 8 Patienten gaben eine deutliche Besserung ihres Leides an, in 5 Fällen verschwanden die Beschwerden ganz und traten auch nicht wieder auf.

Literaturverzeichnis

- ALTMANN L. /1 Gedanken zur fokalen Erkrankung
Zahnärztl.Praxis, Mü., 12 (1961) H.7, 73
- ALTMANN L. /2 Aktuelle Bemerkungen zur fokalen Erkrankung
Zahnärztl.Praxis, Mü., 12 (1961) H.11, 122
- BALAN E. /1 Objekt und Subjekt bei der Fokaltherapie
Zschr.f.d.ges.Inn.Med.u.i.Grenzgeb. 14 ;1959)
H.19, 937
- BALAN E. /2 Die praktische Bedeutung einer Korrelations-
systematik für die Herdsanierung
Zahnärztl.Welt/Reform 62 (1961) H.6, 169
- FRANKE J. Möglichkeiten und Grenzen der Herdsanierung in
der Stomatologie
Zschr.f.Inn.Med. 14 (1959) Nr.18, 891
- HATTEMER A.J. /1 Der heutige Stand der Herdforschung in zahn-
ärztlicher Sicht
Zahnärztl.Praxis 12 (1961) H.4, 37
- HATTEMER A.J. /2 Herdforschung in zahnärztlicher Sicht
Ärztl.Praxis, Mü., 13 (1961) H.3, 122
- KETTERL W. Zum Problem der Herderkrankung
Zahnärztl.Praxis, Mü. 15 (1964) H.8, 87
- KRANZ P.P. Klinische Zahnheilkunde und ihre Grenzgebiete
Carl Hanser Verlag Mü., 1949
- PARADE G.W. /1 Grenzen der Herdtherapie
Ztschr.f.Inn.Med. 14 (1959) Nr.18, 890
- PARADE G.W. /2 Der gegenwärtige Stand der Herderkrankungen in
klinischer Sicht
Zahnärztl.Praxis, Mü., 12 (1961) H.2, 13

- PETROVIC L. Derzeitige Auffassung über das Herdgeschehen
Österr.Ztschr.f.Stomat.57 (1960) H.5, 139
- SCHUM B. Das Primat des odontogenen Herdes im Rahmen des
Gesamtherdstatus
Zahnärztl.Praxis, Mü., 12 (1961) H.3, 25
- THIELEMANN K. Erfahrungen aus Herddiagnostik und Herdtherapie
Hippokrates, Stuttg. 32 (1961) H.15, 590
- WANNEMACHER E.P. Erfahrungen mit Dentalherden beim fliegenden
Personal der Schweizerischen Luftwaffe
Österr.Ztschr.f.Stomat. 57 (1960) H.4, 136

Es sei mir gestattet, Herrn Prof.Dr.Dr.W. Ketterl sowohl für die Überlassung des Themas, als auch für seine Anregungen und das Interesse, das er der Durchführung der Arbeit entgegenbrachte, meinen ganz besonderen Dank auszusprechen.



L e b e n s l a u f

Am 25.11.1929 wurde ich in München als Tochter des
Dipl.Ing. Hubert Aigner und seiner Ehefrau Maria,
geb. Fackler, geboren.

In Augsburg besuchte ich von 1936 bis 1940 die Wittelsbacher
Volksschule, trat 1940 in die Maria-Theresia-Oberrealschule
über und bestand 1948 das Abitur.

In der Zeit von 1949 bis 1960 war ich als kaufmännische
Angestellte tätig.

Vom Sommersemester 1960 an studierte ich in München Zahnmedizin,
legte nach dem 5.Semester die Vorprüfung ab und beendete 1965
mein zahnmedizinisches Studium mit dem Staatsexamen.



